**Паспортная часть**

**Ф.И.О.:**.

**Возраст:** 17 лет (1981 г.р.).

**Пол:** женский.

**Национальность:**

**Место жительства:**

**Семейное положение:** .

**Место работы:** .

**Дата и час поступления в клинику:** 19 ноября 1998 г., 11:00, с машиной скорой помощи.

**Дата выписки: ---**

**Количество койко-дней: ---**

**Диагноз направившего учреждения:** Острое желудочно-кишечное кровотечение.

**Диагноз при поступлении:** Язвенная болезнь, активная фаза, течение средней тяжести с болевым и диспепсическим синдромом. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Осложнения: профузное кровотечение.

**Операции:** проксимальная селективная ваготомия с пилоропластикой.

**Обезболивание:** интубация, фторотановый наркоз.

**Группа крови, резус-принадлежность:** 0(I), Rh-(отрицательный)

**Исход болезни: ---**

**Трудоспособность: ---**

**Жалобы**

Больная предъявляет жалобы на головокружения, шум в ушах, общую слабость, сердцебиение, дегтеобразный стул.

Также предъявляет жалобы на умеренные боли в эпигастрии, локализованные, жгучие, появляющиеся после еды через 3 часа, часто в ночное время, проходящие после приема пищи; тошноту, изжогу.

Со стороны других органов и систем жалоб не отмечает.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной около недели, когда через 3-4 часа после приема острой пищи появились боли в эпигастральной области, средней интенсивности, локализованные, жгучие, проходящие после приема пищи. В последующем боли наблюдались регулярно, стали появляться ночью. Через 3 дня присоединились тошнота, изжога. За медицинской помощью больная не обращалась.

17 ноября, вечером, после физической нагрузки больная стала отмечать головокружения, шум в ушах, присоединились общая слабость, сердцебиение. Утром симптомы усилились, отмечался дегтеобразный стул.

Больная была доставлена в хирургическое отделение ОКБ с машиной скорой помощи для обследования и лечения.

**Anamnesis vitae**

Больная родилась в г. Харькове в 1981 г. Детство прошло в удовлетворительных условиях. В настоящее время учится в 11 классе средней школы. Менструации появились в 14 лет, регулярные. Беременностей, родов не было. Имеет старшего брата, 21 год, здоров. Больная не курит, алкоголем не злоупотребляет. Питание не регулярное, преобладает острая пища. Перенесенные заболевания и операции: 1991г. - фолликулярная ангина; нечастые ОРЗ. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Наследственные заболевания у себя и у ближайших родственников больная отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты не отмечает.

**Объективное исследование**

Общее состояние средней тяжести. Телосложение среднее. Рост 173см. Вес 56 кг. Положение в постели активное. Сознание полное. Выражение лица обычное. Умеренный блеск в глазах.

ОБЩИЙ ОСМОТР

Цвет кожи бледный, без сыпи. Элластичность снижена. Кожа умеренно влажная. Толщина кожной складки 2-3см. Оволосение по женскому типу. Ногти без особенностей. Видимые слизистые бледно-розового цвета, без особенностей.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отечность не отмечается.

Лимфатические узлы ( затылочные, шейные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные ) не пальпируются, безболезненны.

Степень развития мышц средняя. Тонус и сила мышц сохранены. Атрофий, болезненности и судорог нет.

Кости не деформированы. Длина нижних конечностей 100см. Суставы симметричны, обычной конфигурации и размеров. Активные и пассивные движения свободные и безболезненные, выполняются в полном объеме.

Окружность шеи 30см. Щитовидная железа при глотании не смещается, обычной формы и консистенции, поверхность железы гладкая, безболезненна при пальпации, пульсация отсутствует, не увеличена.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Грудная клетка нормостеническая, симметричная, без деформаций при статическом и динамическом осмотре. Над- и подключичные ямки выражены. Окружность на уровне сосков 80см. Тип дыхания смешанный. Частота дыхания 20мин-1. Одышки не отмечается. При пальпации грудная клетка резистентна. Голосовое дрожание проводится с одинаковой силой на симметричные участки грудной клетки.

Крепитации и отечности подкожно-жировой клетчатки не отмечается.

Молочные железы обычной формы, симметричны, соски и ареолы без особенностей. Уплотнений и болезненности не отмечается. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Перкуторно над легкими определяется ясный легочной звук.

*Топографическая перкуссия:*

справа слева

Высота стояния спереди 2см над ключицей 2см

верхушек: сзади на уровне остистого отростка C7

Нижние границы легких:

Linea parasternalis 5 межреберье ------

Linea medioclavicularis 6 межреберье ------

Linea axillaris anterior 7 межреберье 7 межреберье

Linea axillaris mediana 8 межреберье 8 межреберье

Linea axillaris posterior 9 межреберье 9 межреберье

Linea scapularis 10 межреберье 10 межреберье

Linea paravertebralis уровень остистого отростка Th11

Подвижность нижних краев легких по Linea axillaris mediana 8см.

*Аускультация легких:*

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, шума трения плевры нет.

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Пульс симметричен на обеих лучевых артериях; ритм правильный, равномерный; частота пульса - 90уд/мин; пульс слабого наполнения и умеренного напряжения. Пульсация бедренной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы есть.

Артериальное давление:

систолическое - 100мм.рт.ст. (нормально)

диастолическое - 70мм.рт.ст. (нормально)

При осмотре области сердца “сердечного горба” видимой пульсации не обнаружено.

“Кошачье мурлыканье” не отмечается. В области верхушки сердца ( 5-е м/р на 1см кнутри от linea medioclavicularis sinistra) пальпаторно определяется верхушечный толчок, локализованный, высокий, умеренной силы.

*Границы относительной сердечной тупости:*

правая - 4-е м/р на 2см кнаружи от правого края грудины.

верхняя - 3-е м/р linea parasternalis sinistra.

левая - 5-е м/р на 1см кнутри от linea medioclavicularis sinistra.

*Аускультация* *сердца:*

Деятельность сердца ритмична, ЧСС - 90уд/мин, тоны звучные. Расщепления тонов, шумов не отмечаются.

Вены не расширены. Уплотнения и болезненность отсутствуют. Симптомы Троянова, Тредделенбурга отрицательные.

МОЧЕПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

При осмотре мочеполовые органы без изменений. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дневной диурез преобладает над ночным.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Прямая и содружественная реакция зрачков на свет живая. Чувствительность кожи без изменений, дермографизм белый. Болей по ходу периферических нервов при давлении нет. Корнеальный, глоточный, брюшные, подошвенные, сухожильные рефлексы сохранены, живые. Походка и речь без особенностей.

**Locus morbi**

Патологический процесс локализован в брюшной области.

Полость рта санирована. Язык влажный, обложен белым налетом. Зев и миндалины розового цвета, чистые, без изменений. Живот округлой формы, не увеличен, симметричен, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики нет. Симптом Валя отрицательный. Подкожные вены не видны, пигментаций, отека подкожно-жировой клетчатки нет. Пупок запавший. Расстояние от меча до пупка 25см.

При поверхностной пальпации живота определяется болезненность и напряжение мышц в правом верхнем квадранте. Симптомы Менделя, Лаэннека, Оппенховского, Боаса положительные. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Кивуля, Волковича отрицательные. Расхождения мышц живота и грыжевые выпячивания не отмечаются.

При глубокой скользящей методической пальпации живота по Образцову-Стражеско опухоли брюшной полости не обнаружены, в левой паховой области пальпируется сигмовидная кишка на протяжении 15 см, в виде гладкого, эластичного цилиндра, толщиной 1,5-2 см, подвижного, безболезненного, не урчащего. В правой паховой области пальпируется слепая кишка в виде умеренно напряженного цилиндра, толщиной 2-3 см подвижного, безболезненного, слабо урчащего. Остальные участки (восходящим, нисходящий отдел кишечника, поперечно-ободочную кишку), желудок, селезенку пропальпировать не удалось. Симптомы Мейо-Робсона, Керте, френикус-симптом отрицательные. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край ее мягкий, ровный, гладкий, при пальпации безболезненный. Симптом Курвуазье отрицательный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Перкуторно симптом флюктуации отрицательный. Селезенка не пальпируется.

Состояние кожи области заднего прохода удовлетворительное, без изменений. При пальцевом исследовании тонус сфинктера сохранен, болезненность не отмечается, опухоли, внутренние геммороидальные узлы, воспалительные инфильтраты не обнаруживаются.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больной (умеренные боли в эпигастрии, локализованные, жгучие, повляющиеся после еды через 3 часа, часто в ночное время, проходящие после приема пищи; тошнота, изжога, .головокружения, шум в ушах, общая слабость, сердцебиение, дегтеобразный стул);

анамнеза заболевания ( внезапное появление болей в эпигастральной области, через 3-4 часа после приема острой пищи, средней интенсивности, локализованные, колющие, проходящие после приема пищи; присоединение ночных болей, тошноты, изжоги; появление головокружений, шума в ушах, общей слабости, сердцебиения, дегтеобразного стула после физической нагрузки.);

анамнеза жизни (нерегулярное питание, преобладание острой пищи, группа крови - 0(I) ); данных объективного исследования (общее состояние средней тяжести, бледный цвет кожи, элластичность снижена, умеренно влажная; видимые слизистые бледно-розового цвета, снижение массы тела, невыраженность подкожно-жирового слоя);

данных locus morbi (язык влажный, обложен белым налетом, болезненность и напряжение мышц в правом верхнем квадранте, положительные симптомы Менделя, Лаэннека, Оппенховского, Боаса при поверхностной пальпации живота)можно поставить предварительный диагноз:

Язвенная болезнь, активная фаза, течение средней тяжести с болевым и диспепсическим синдромом. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Осложнения: профузное кровотечение.

**План обследования**

1. Клинический анализ крови.
2. Клинический анализ мочи.
3. Сахар крови.
4. Анализ кала на я/глист.
5. Реакция микропиеципитации.
6. Биохимия крови (общий белок, ферменты, электролиты).
7. Исследование кислотообразующей функции желудка.
8. Исследование крови на Rh-фактор и групповую принадлежность.
9. Рентгеноскопия органов брюшной полости.
10. ФГДС.

12.ЭКГ.

**Результаты анализов**

Клинический анализ крови (от 19.11.98 г.):

Эритроциты - 2,8 \* 1012/л; Цветной показатель - 0,91;

Лейкоциты - 4,2 \* 109/л: Палочкоядерные - 1 %;

Hb - 88 г/л; Сегментоядерные - 67 %;

СОЭ - 12 мм/ч; Эозинофилы - 2 %;

Лимфоциты - 22 %; Моноциты - 8 %.

Венозный гематокрит - 29%;

Заключение: Отмечается нормохромная анемия.

Клинический анализ мочи (от 19.11.98 г.):

Количество -200,0

Цвет - желтый

Прозрачность - умеренно мутная

Относительная плотность -1,020

Белок - нет

Глюкоза - нет

Кетоновые тела - нет

Эпителий - переходный, кое-где

Лейкоциты - 1-2 в п/з

Слизь -немного.

Заключение: Без патологических изменений.

Клинический анализ крови на сахар (от 19.11.98 г.):

Сахар крови - 4,2 ммоль/л ;

Заключение: Без патологических изменений.

Анализ кала на я/глист (от 19.11.98 г.):

Заключение: я/глист не обнаружены.

Рентгеноскопия органов грудной клетки (от 19.11.98 г.):

Заключение: Признаков патологии органов грудной клетки не найдено.

Анализ №726 (от 19.11.98 г.):

Микрореакция на сифилис с кардиолипиновым антигеном - отрицательная.

Биохимический анализ крови (от 19.11.98 г.):

Общий белок - 56 г/л

К-3,6 ммоль/л

Na - 132 ммоль/л

CI - 98 ммоль/л

Амилаза - 20.

АсТ-0,5 ммоль/л;

АлТ - 0,3 ммоль/л;

Заключение: Гипопротеинемия.

Исследование кислотообразующей функции желудка (от 19.11.98 г.):

Заключение: Гиперсекреция и повышенная кислотообразующая функция желудка.

Исследование крови на Rh-фактор и групповую принадлежность (от 19.11.98 г.):

Группа крови 0 (I) Резус-фактор - отрицательный.

Рентгеноскопия органов брюшной полости (от 19.11.98 г.):

Заключение: Гиперсекреция натощак, усиленная моторная активность желудка, ускоренная эвакуация из желудка, вал воспалительной инфильтрации.

ФГДС (от 19.11.98 г.):

Пищевод без патологии, в желудке умеренное количество бесцветной жидкости. Слизистая на всем протяжении бледная, анемичная. По задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки - язва - 4-5мм, глубиной - 2мм, дно покрыто фибрином.

Заключение: язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Признаки анемии.

ЭКГ (от 19.11.98 г.):

снижение интервала ST, ритм синусовый, тахикардия.

Заключение: Синусовая тахикардия.

**Дифференциальный диагноз**

Клиника данного заболевания сходна с хроническим гастритом, раком желудка.

Общим для хронического гастрита и клиники данного заболевания является наличие болевого и диспепсического синдромов, длинный анамнез, сохранность аппетита. Однако для хронического гастрита характерны разлитые, нерезкие, давящие боли, усиливающиеся сразу же после приема пищи, выраженность диспепсического синдрома, что не характерно для клиники данного заболевания, для которой характерны голодные, ночные жгучие боли, локализованные в подложечной области, диспепсический синдром умеренно выражен. При данном заболевании выражена слабость, признаки желудочно-кишечного кровотечения, что не характерно для хронического гастрита. При исследовании желудочного содержимого при хроническом гастрите чаще определяется пониженная или нулевая кислотность, при проведении инструментальных методов исследования обнаруживаются характерные признаки (перестройка рельефа слизистой в области тела желудка, неравномерное набухание складок, зубчатый контур большой кривизны на рентгенограмме, картина поверхностного, атрофического, гипертрофического гастрита при выполнении ФГДС), что не характерно для клиники данного заболевания, при котором обнаруживается гиперсекреция, повышенная кислотность, наличие косвенных симптомов язвы(гиперсекреция натощак, усиленная моторная активность желудка, ускоренная эвакуация из желудка, вал воспалительной инфильтрации) при рентгеноскопии, наличие язвы при ФГДС.

Таким образом диагноз хронического гастрита можно исключить.

Общим для рака желудка и клиники данного заболевания является наличие болевого и диспепсического синдромов, слабость потеря массы. Однако при раке желудка отмечаются: короткий анамнез, выраженность и доминирование синдрома малых признаков (слабость, потеря массы, потеря и извращение аппетита, снижение трудоспособности), выраженность диспепсического синдрома, боли не интенсивные, не связаны с приемом пищи, могут быть локализованы в области пупка, что нехарактерно для клиники данного заболевания, при котором боли голодные, ночные жгучие, локализованные в подложечной области, диспепсический синдром умеренно выражен, аппетит сохранен. Рак желудка редко встречается у лиц молодого возраста. При исследовании желудочного содержимого при раке желудка определяется пониженная или нулевая кислотность, в промывных водах - атипические клетки; при проведении инструментальных методов исследования обнаруживаются характерные признаки (дефект наполнения, отсутствие перистальтики, злокачественный рельеф или сглаженность его на рентгенограмме; наличие опухоли, сопутствующего гастрита при выполнении ФГДС), что не характерно для клиники данного заболевания, при котором обнаруживается гиперсекреция, повышенная кислотность, наличие косвенных симптомов язвы(гиперсекреция натощак, усиленная моторная активность желудка, ускоренная эвакуация из желудка, вал воспалительной инфильтрации) при рентгеноскопии; наличие язвы при ФГДС.

Таким образом диагноз рака желудка можно исключить.

**Окончательный диагноз**

На основании жалоб больной (умеренные боли в эпигастрии, локализованные, жгучие, повляющиеся после еды через 3 часа, часто в ночное время, проходящие после приема пищи; тошнота, изжога, .головокружения, шум в ушах, общая слабость, сердцебиение, дегтеобразный стул);

анамнеза заболевания ( внезапное появление болей в эпигастральной области, через 3-4 часа после приема острой пищи, средней интенсивности, локализованные, колющие, проходящие после приема пищи; присоединение ночных болей, тошноты, изжоги; появление головокружений, шума в ушах, общей слабости, сердцебиения, дегтеобразного стула после физической нагрузки.);

анамнеза жизни (нерегулярное питание, преобладание острой пищи, группа крови- 0(I));

данных объективного исследования (общее состояние средней тяжести, бледный цвет кожи, элластичность снижена, умеренно влажная; видимые слизистые бледно-розового цвета, снижение массы тела, невыраженность подкожно-жирового слоя);

данных locus morbi (язык влажный, обложен белым налетом, болезненность и напряжение мышц в правом верхнем квадранте, положительные симптомы Менделя, Лаэннека, Оппенховского, Боаса при поверхностной пальпации живота);

данных лабораторных исследований (нормохромная анемия; гипопротеинемия, группа крови 0(I), резус-фактор - отрицательный; гиперсекреция и повышенная кислотообразующая функция желудка; гиперсекреция натощак, усиленная моторная активность желудка, ускоренная эвакуация из желудка, вал воспалительной инфильтрации при рентгеноскопии; язва луковицы двенадцатиперстной кишки, признаки анемии при проведении ФГДС; синусовая тахикардия на ЭКГ) можно поставить окончательный диагноз:

Язвенная болезнь, активная фаза, течение средней тяжести с болевым и диспепсическим синдромом. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Осложнения: профузное кровотечение.

Этиология и патогенез

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является полиэтиологическим заболеванием, патогенез ее многофакторный. Современные представления о развитии язвенной болезни учитывают значение нарушений нервных, гормональных и местных механизмов регуляции функций и трофики желудка и двенадцатиперстной кишки.

Возможными этиологическими факторами развития язвенной болезни в данном случае явились:

1. Особенности конституции (группа крови 0(I), худощавое телосложение, невыраженность подкожно-жирового слоя).
2. Нерегулярное питание, преобладание острой пищи.
3. Возможное нервное перенапряжение в школе и дома.
4. Возрастные нейроэндокринные изменения в организме.

Образование язвенного дефекта в желудке и двенадцатиперстной кишке происходит при нарушении динамического равновесия между факторами агрессии и факторами защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны под действием этиологических факторов.

|  |  |
| --- | --- |
| факторы защиты:   1. Резистентность слизистой оболочки. 2. Антродуоденальный кислотный “тормоз”. 3. Щелочная секреция. 4. Пища. | факторы агрессии:   1. Соляная кислота и пепсин. 2. Гастродуоденальная дисмоторика. 3. Травма слизистой оболочки. 4. Факторы питания. 5. Факторы внешней среды. |

В развитии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ведущее значение принадлежит соляной кислоте, а также другим факторам.

У больных язвенной болезни двенадцатиперстной кишки часто наблюдается гиперсекреция с повышенной кислотностью желудочного сока. Причины повышенной секреции соляной кислоты: высокий тонус блуждающих нервов, увеличение количества париетальных клеток, повышенное высвобождение гастрина из G-клеток, ослабление антродуоденального механизма ауторегуляции торможения кислотопродукции.

Гастродуоденальная дисмоторика проявляется ускоренной эвакуацией из желудка. В результате ускоренной эвакуации, особенно плотной пищи, снижается буферная роль пищи, увеличивается кислотность в двенадцатиперстной кишке. Известно, что белки пищи являются не только стимуляторами секреции соляной кислоты, но и мощным пищевым буфером, нейтрализующим кислоту и связывающим пепсин.

Длительное “закисление” содержимого луковицы двенадцатиперстной кишки приводит к образованию язвы.

Снижение сопротивляемости слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки к агрессивному воздействию желудочного сока может быть связано с дуоденитом, предшествующим язве или развивающимся вследствие язвы. В результате нарушения защитного барьера слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки увеличивается обратная диффузия Н+-ионов. В обеспечении резистентности слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки имеет значение ее васкуляризация.

Психосоматические факторы имеют значение в патогенезе язвы двенадцатиперстной кишки. Различные эмоции, страх, психическое перенапряжение могут вызвать расстройства секреторной и моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Лечение**

Режим - постельный, холод на живот.

Голод.

Медикаментозное лечение:

1. ε-АКК 5% - 100ml в/в, капельно;
2. кальция хлорид 10% - 5ml в/в, медленно;
3. этамзилат 12,5% - 4ml в/в;
4. викасол 1% - 1ml в/м;
5. платифиллина гидротартрат 0,2% - 1ml п/к;
6. атропина гидрохлорид 0,1% - 0,5ml п/к;
7. папаверина гидрохлорид 2% - 2ml в/м;

Больная направлена на хирургическое лечение.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная профузным кровотечением является показанием к немедленному оперативному вмешательству.

В настоящее время операцией выбора при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является проксимальная селективная ваготомия с пилоропластикой. Резекция желудка, особенно по методу Бильрот-II, дает высокую послеоперационную летельность, высокую частоту послеоперационных осложнений, рецидивов язвы, поэтому эта операция применяется реже.

Подготовка к операции:

1. промывание желудка;
2. клизма;
3. морфин 1% - 1ml в/м;
4. анальгин 50% 1ml в/м;
5. атропина гидрохлорид 0,1% - 0,5ml п/к;
6. переливание одногрупной крови 350ml;
7. глюкоза 5% - 500ml в/в, капельно;

Послеоперационное лечение:

1. морфин 1% - 1ml в/м;
2. анальгин 50% 1ml в/м 3р/д;
3. переливание одногрупной крови 350ml;
4. реополиглюкин 400ml;
5. альбумин 350ml;
6. глюкоза 5% - 500ml в/в, капельно;
7. викасол 1% - 1ml в/м 1р/д;
8. феррумлек 1таб. 3 раза в день;
9. прозерин 0,01 3р/д (с 3-го дня);
10. туалет раны;
11. промывание желудка раствором соды 2%;

Протокол операции (19.11.98. 13.30)

Доступ осуществлен верхней срединной лапаротомией.

Выделена кардиальная часть желудка. Рассечен участок брюшины, переходящий с диафрагмы на желудок.

На передней стенке оттянутого книзу пищевода найдена передний ствол блуждающего нерва. Веточки, идущие к печени, и длинные веточки, идущие к привратнику, отсепарованы, оставлены; короткие веточки, направляющиеся к желудку, пересечены.

Найден задний ствол блуждающего нерва. Ветвь, идущая к чревному сплетению, и длинные веточки, идущие к привратнику отсепарованы, оставлены; короткие веточки, направляющиеся к желудку, пересечены.

Операция дополнена пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу.

Произведен разрез через привратник и двенадцатиперстную кишку длиной 6-8см. Продольный разрез переведен в поперечный. Разрез ушит двурядным швом.

Операционная рана послойно ушита.

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Дата*** | ***Течение заболевания*** | ***Назначения*** |
| 19.11.98r.  АД 100/70 мм рт ст.  PS 90 уд/мин.  ЧДД-18 /мин.  Т-36,7°С. | Больная предъявляет жалобы наголовокружения, шум в ушах, общую слабость, сердцебиение, дегтеобразный стул, на умеренные боли в эпигастрии, локализованные, жгучие, появляющиеся после еды через 3 часа, часто в ночное время, проходящие после приема пищи; тошноту, изжогу.  Общее состояние больной средней тяжести .  Объективно: больная в сознании, адекватно реагирует и отвечает на вопросы. Кожа бледная, видимые слизистые бледные, подкожно-жировая клетчатка истончена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пастозности и отеков нет. В легких при аускультации - выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, хрипов нет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные, PS 90 уд. в минуту. АД 100/70 мм рт ст. Язык у корня обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живота определяется болезненность и напряжение мышц в правом верхнем квадранте. Симптомы Менделя, Лаэннека, Оппенховского, Боаса положительные. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Кивуля, Волковича отрицательные. При глубокой пальпации толстого кишечника и печени без патологическиих изменений. Симптомы Мейо-Робсона, Керте, френикус-симптом отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание без особенностей. | Режим - постельный, холод на живот.  Голод.  Медикаментозное лечение:   1. ε-АКК 5% - 100ml в/в, капельно; 2. кальция хлорид 10% - 5ml в/в, медленно; 3. этамзилат 12,5% - 4ml в/в; 4. викасол 1% - 1ml в/м; 5. платифиллина гидротартрат 0,2% - 1ml п/к; 6. атропина гидрохлорид 0,1% - 0,5ml п/к; 7. папаверина гидрохлорид 2% - 2ml в/м;   Больная направлена на хирургическое лечение. |
| 21.11.98r.  АД 110/75 мм рт ст.  PS 85 уд/мин.  ЧДД-18 /мин.  Т-36,7°С. | Больная предъявляет жалобы наголовокружения, шум в ушах, общую слабость, сердцебиение, дегтеобразный стул, на сильные постоянные боли в эпигастрии, проходящие после инъекции морфина.  Общее состояние больной средней тяжести .  Объективно: больная в сознании, адекватно реагирует и отвечает на вопросы. Кожа бледная, видимые слизистые бледные. Послеоперационная рана заживает первичным натяжением. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пастозности и отеков нет. В легких при аускультации - выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, хрипов нет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные, PS 85 уд. в минуту. АД 110/75 мм рт ст. Язык у корня обложен белым налетом. Пальпации живота невозможна из-за наличия операционной раны. Перистальтика не выслушивается. Мочеиспускание без особенностей. | Режим - постельный,.  Голод.  Произведена проксимальная селективная ваготомия с пилоропластикой;  Медикаментозное лечение:   1. морфин 1% - 1ml в/м; 2. анальгин 50% 1ml в/м 3р/д; 3. переливание одногрупной крови 350ml; 4. реополиглюкин 400ml; 5. альбумин 350ml; 6. глюкоза 5% - 500ml в/в, капельно; 7. викасол 1% - 1ml в/м 1р/д; 8. феррумлек 1таб. 3 раза в день; 9. прозерин 0,01 3р/д (с 3-го дня); 10. туалет раны; |

**Прогноз**

Прогноз для жизни благоприятный.

Прогноз для трудоспособности благоприятный.

**Эпикриз**

Больная, 1981 года рождения, поступила в хирургическое отделение ОКБ 19.11.98г. с жалобами нана головокружения, шум в ушах, общую слабость, сердцебиение, дегтеобразный стул, на умеренные боли в эпигастрии, локализованные, жгучие, появляющиеся после еды через 3 часа, часто в ночное время, проходящие после приема пищи; тошноту, изжогу.

Из анамнеза заболевания известно, чтосчитает себя больной около недели, когда через 3-4 часа после приема острой пищи появились боли в эпигастральной области, средней интенсивности, локализованные, жгучие, проходящие после приема пищи. В последующем боли наблюдались регулярно, стали появляться ночью. Через 3 дня присоединились тошнота, изжога. За медицинской помощью больная не обращалась. 17 ноября, вечером, после физической нагрузки больная стала отмечать головокружения, шум в ушах, присоединились общая слабость, сердцебиение. Утром симптомы усилились, отмечался дегтеобразный стул. Больная была доставлена в хирургическое отделение ОКБ с машиной скорой помощи для обследования и лечения.

Из анамнеза жизни известно, что питание больной не регулярное, преобладает острая пища, больная имеет группу крови 0(I).

Объективно: общее состояние средней тяжести, больная в сознании, адекватно реагирует и отвечает на вопросы. Кожа бледная, видимые слизистые бледные, подкожно-жировая клетчатка истончена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пастозности и отеков нет. В легких при аускультации выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, хрипов нет. Границы сердца и легких не изменены. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные, PS 90 уд. в минуту, слабого наполнения, АД 100/70 мм рт ст. Язык у корня обложен белым налетом. Живот округлой формы, не увеличен, симметричен, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики нет. Симптом Валя отрицательный. Подкожные вены не видны, пигментаций, отека подкожно-жировой клетчатки нет. Пупок запавший. Расстояние от меча до пупка 25см. При поверхностной пальпации живота определяется болезненность и напряжение мышц в правом верхнем квадранте. Симптомы Менделя, Лаэннека, Оппенховского, Боаса положительные. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Кивуля, Волковича отрицательные. При глубокой пальпации толстого кишечника и печени без патологическиих изменений. Симптомы Мейо-Робсона, Керте, френикус-симптом отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание без особенностей.

Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови - нормохромная анемия;
2. Клинический анализ мочи - без патологических изменений;
3. Сахар крови - без патологических изменений;
4. Анализ кала на я/глист - я/глист не обнаружены;
5. Реакция микропиеципитации - отрицательная;
6. Рентгеноскопия органов грудной клетки - признаков патологии органов грудной клетки не найдено.
7. Биохимия крови (общий белок, ферменты, электролиты) -гипопротеинемия.;
8. Исследование кислотообразующей функции желудка - гиперсекреция и повышенная кислотообразующая функция желудка;
9. Исследование крови на Rh-фактор и групповую принадлежность - 0(I), Rh+;
10. Рентгеноскопия органов брюшной полости - гиперсекреция натощак, усиленная моторная активность желудка, ускоренная эвакуация из желудка, вал воспалительной инфильтрации;
11. ФГДС - язва луковицы двенадцатиперстной кишки, признаки анемии;
12. ЭКГ - синусовая тахикардия.

После проведенного дифференциального диагноза и обследования больного был поставлен диагноз: Язвенная болезнь, активная фаза, течение средней тяжести с болевым и диспепсическим синдромом. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Осложнения: профузное кровотечение.

Лечение:ε-АКК 5% - 100ml в/в, капельно; кальция хлорид 10% - 5ml в/в, медленно; этамзилат 12,5% - 4ml в/в; викасол 1% - 1ml в/м; платифиллина гидротартрат 0,2% - 1ml п/к; атропина гидрохлорид 0,1% - 0,5ml п/к; папаверина гидрохлорид 2% - 2ml в/м;

Произведена операция:проксимальная селективная ваготомия с пилоропластикой;

Проводится послеоперационное лечение: морфин 1% - 1ml в/м; анальгин 50% 1ml в/м 3р/д; переливание одногрупной крови 350ml; реополиглюкин 400ml; альбумин 350ml; глюкоза 5% - 500ml в/в, капельно; викасол 1% - 1ml в/м 1р/д; феррумлек 1таб. 3 раза в день; прозерин 0,01 3р/д (с 3-го дня); туалет раны; промывание желудка раствором соды 2%.

Больная отмечает улучшение состояния, однако его еще беспокоят боли в области операционной раны, общая слабость. Больная, на момент курации, продолжает лечение в стационаре, при выписке будет рекомендовано:

- соблюдение режима труда и отдыха, полноценный сон;

- соблюдение диеты(исключение острой, соленой, грубой пищи; регулярное питание);

- наблюдение по месту жительства в поликлинике;

**Литература:**

1. М.И. Кузин “Хирургические болезни”, “Медицина” Москва 1986 г.
2. Фишзон-Рысс Ю.И. “Гастродуоденальные язвы”, Л. 1978 г.
3. А.А.Чиркин, А.Н. Окороков, И.И. Гончарик “Диагностический справочник”, “Беларусь” Минск 1992 г.
4. М.Д. Машковский “Лекарственные средства”, Харьков,1997 г.
5. ММЭ Москва 1982 г.
6. И.С. Чекмана Рецептурный справочник врача “Здоров’я” Киев. 1993 г.